

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

36

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 29 Mai 1897, à 1 heure

PAR

HENRI SICARD

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 3 mars 1873.

Ex-interne des hôpitaux de Besançon

Ex-interne du Dispensaire d'Enfants Furtado-Heine de Paris

— II —

DE L'OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE OBLIQUE

TRAITEMENT DES ATTITUDES VICIEUSES DE LA CUISSE

EN GÉNÉRAL

ET EN PARTICULIER DES ANKYLOSES COXALGIQUES

EN MAUVAISES POSITIONS

— III —

Président : M. BERGER.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{LE DENTU.} \\ \text{RÉMY, ALBARRAN, agrégés} \end{array} \right.$

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie **A. MALVERGE**, 171, Rue Saint-Denis

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

363

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 29 Mai 1897, à 1 heure

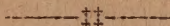
PAR

HENRI SICARD

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 3 mars 1873.

Ex-interne des hôpitaux de Besançon

Ex-interne du Dispensaire d'Enfants Furtado-Heine de Paris



DE L'OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE OBLIQUE

TRAITEMENT DES ATTITUDES VICIEUSES DE LA CUISSE

EN GÉNÉRAL

ET EN PARTICULIER DES ANKYLOSES COXALGIQUES

EN MAUVAISES POSITIONS

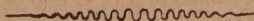


Président : M. BERGER.

Juges : MM.

{	LE DENTU.
	RÉMY, ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie **A. MALVERGE**, 171, Rue Saint-Denis

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N...
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	N...
	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N...,

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RÉMIZ	WURTZ
DELBET.	MARFAN	RICARD	
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON
DE LA FACULTÉ DE PARIS

A M. LE DOCTEUR LÉON CHAPOY

Professeur à l'école de médecine de Besançon,
Chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Jacques.

A M. LE DOCTEUR CH. LEROUX

Médecin en chef du Dispensaire Furtado-Heine
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.



INTRODUCTION

M, le Dr Campenon a écrit, en 1883, dans sa thèse d'agrégation : « Peu d'ankyloses ont autant exercé la sagacité des chirurgiens que l'ankylose coxofémorale ; il en est peu qui aient fait imaginer des procédés plus ingénieux et plus variés ». Depuis lors, les sagacités chirurgicales n'ont pu que se multiplier et s'aiguiser autour de cette même articulation coxofémorale. Les procédés de traitement se sont transformés, ils se sont multipliés et avec eux d'interminables discussions sur le choix des méthodes d'intervention et l'opportunité de leur emploi.

Nous n'avons point heureusement imaginé de procédé nouveau, qu'il nous eût été difficile et même impossible d'expérimenter et de défendre en un travail inaugural.

Nous n'avons pas non plus l'intention de faire l'étude critique et comparative de tous les

moyens par lesquels on a traité les ankyloses vicieuses de la hanche.

Nous nous proposons simplement d'exposer l'un des modes de traitements, de préciser les cas auxquels il s'adresse, et de citer ceux dans lesquels on l'a employé déjà. Les observations que nous en avons réunies nous serviront à défendre l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, et à répondre aux objections qui lui ont été faites. Nous terminerons, enfin, en tirant de l'anatomie de la région, des rares opérations pratiquées sur le vivant et des dissections et expériences faites par nous sur le cadavre, un manuel opératoire succinct qui nous semble devoir être adopté.

L'idée d'entreprendre ce travail nous a été donnée par notre ami, le Dr Marion ; c'est lui qui en a permis la réalisation en mettant fort aimablement à notre service, les ressources précieuses de son cabinet de prosecteur et, plus précieuses encore, celles de ses conseils éclairés qu'il nous prodigua à tous les instants. Nous ne saurions trop, ici, l'assurer de notre amitié et de notre reconnaissance.

Qu'il nous soit permis, encore, de saluer au seuil de notre carrière, les sympathies qui nous ont guidé jusqu'ici et les maîtres que nous avons écoutés :

Le D^r Chapoy, jadis, nous sauva la vie par ses soins ; il dépensa pour nous sa science et son zèle comme il l'eût fait pour son propre enfant, reportant sur le fils la vieille amitié qui l'attachait au père. C'est son nom, maintes fois redit à nos oreilles, qui, sans doute, éveilla en nous la vocation médicale. Nos études commencées, ses enseignements et ses critiques, si paternellement donnés, nous ont été d'un inappréciable profit au cours de nos examens passés. Que l'ami et le maître entende notre merci ; qu'il nous permette de placer son nom au-devant de ces pages comme au-devant de notre carrière toute entière, que nous nous efforcerons de rendre belle et secourable comme la sienne.

Le D^r Ch. Leroux, depuis une année passée auprès de lui, nous a manifesté chaque jour sa sympathie ; il nous a prodigué les encouragements et les conseils, et égayé d'une affabilité toute paternelle les leçons du maître. Nous n'oublierons point ses longues causeries si instructives et si profitables, à une époque où l'on n'est plus étudiant, mais déjà médecin et pas encore docteur.

Que nos maîtres de l'Ecole de médecine de Besançon, reçoivent ici le témoignage de reconnaissance de l'élève dont ils ont guidé les pre-

miers pas. Nous n'oublierons point les enseignements reçus là-bas des Docteurs Druhen, Saillard, Bruchon, Gauderon, Rolland, Heitz, de tous ceux, enfin, qui nous ont si aimablement accueilli.

Un souvenir encore au vieil hôpital Saint-Jacques où nous avons soigné nos premiers malades, et au Dispensaire Furtado-Heine que nous quitterons demain. Dans l'un comme dans l'autre, nous n'avons que passé, mais nous regarderons souvent en arrière.

Enfin, que M. le professeur Berger, dont nous avons, l'an dernier, écouté avec intérêt les leçons, et admiré l'habileté opératoire, daigne agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PLAN DE LA THÈSE

DE L'OSTÉOTOMIE OBLIQUE SOUS-TROCHANTÉRIENNE

	Pages
CHAPITRE I. — <i>Historique</i> de l'ostéotomie chirurgicale et de l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne en particulier	10
CHAP. II. — Des <i>cas justiciables</i> de l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique. De l' <i>utilité</i> de ce traitement. De son <i>opportunité</i>	17
CHAP. III. — Observations des ostéotomies obliques sous-trochantériennes faites jusqu'à ce jour (5 observations):	27
1° Terrier et Hennequin	27
2° Broca	31
3° Redard et Hennequin	35
4° Jonnesco	39
5° Berger.	41
CHAP. IV. — Des avantages de l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne. Réfutation des objections faites à cette méthode de traitement (avec une planche).	42
CHAP. V. — <i>Anatomie topographique</i> (avec une planche dessinée d'après la préparation anatomique fraîche)	52
<i>Manuel opératoire</i>	56
<i>Conclusions.</i>	62
<i>Bibliographie</i>	64

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE L'OSTÉOTOMIE CHIRURGICALE ET OBLIQUE TROCHANTÉRIENNE EN PARTICULIER

Envisagé chirurgicalement le terme d'ostéotomie désigne les opérations dans lesquelles on pratique la section d'un os sur une partie saine de cet organe dans le but de remédier à une difformité. L'antiquité s'en est servie.

Paul d'Egine déjà utilisait les pinces incisives pour sectionner un cal vicieux. Albucasis suivant Œsterlen propose la section du cal pétrifié au moyen d'un instrument tranchant. En 1521, Ignace de Loyola, opéré plus célèbre que son opérateur, après avoir eu la cuisse fracturée subit une fracture du cal vicieux qui s'était produit et une résection de la portion osseuse saillante.

Mais les ostéotomies, primitivement appliquées aux seules consolidations de fractures, d'exceptionnelles qu'elles étaient jusqu'au x^e siècle, sont restées rares jusqu'au milieu même de ce siècle.

En 1815, Lemaire dans un cas de fracture de la cuisse gauche consolidée avec un cal angulaire enleva avec la scie une portion de la partie in-

terne du fragment supérieur sur une longueur de trois pouces et une partie correspondant du côté interne du fragment inférieur. La guérison fut obtenue en 3 semaines.

Wasserfuhr (de Stettin) a pratiqué, en 1821, l'ostéotomie linéaire sur un cal vicieux. Il s'agissait d'un garçon de cinq ans dont le fémur fut fracturé à quatre travers de doigts au-dessus du trochanter.

Le cal formait un angle presque droit ouvert en dedans, le raccourcissement était de la largeur d'une main et demie. L'opération fut faite 16 semaines après l'accident, elle consista dans une large incision de la peau avec section à la scie mince du tiers du cal osseux. On put rompre alors l'os et amener le redressement avec l'appareil. L'enfant guérit en moins de trois mois et sans raccourcissement.

Warren en 1823 opère un enfant de 22 mois dont le tibia fracturé était consolidé vicieusement, résection d'un coin osseux du cal et terminaison du redressement par l'ostéoclasie manuelle du péroné. Guérison en 4 semaines.

L'année 1826 fut fertile en ostéotomie ; à Tubingue Reicke fait la section d'un cal vicieux chez un homme de vingt ans, la fracture de cuisse datait de deux mois, et le raccourcissement était

de un pied environ. La guérison se fit en huit mois après section du cal faite à la scie terminée au ciseau, et suivie de la résection d'une portion du fragment supérieur.

Rhéa Barton de son côté à Philadelphie pratiqua une opération qui fit grand bruit dans le monde chirurgical. L'ostéotomie était faite par lui pour la première fois dans le double but de rétablir à la fois la forme et les fonctions du membre dans un cas d'ankylose coxofémorale.

Il est donc le précurseur de l'ostéotomie oblique trochantérienne qui fait le sujet de notre thèse et qui sera créée par Terrier et Hennequin, de notre temps.

Le malade de Rhéa Barton était atteint d'ankylose vraie consécutive à une coxalgie traumatique. La cuisse était fléchie à angle droit sur le bassin et croisée dans l'adduction. On fit une incision cruciale au niveau du grand trochanter; l'os fut divisé transversalement avec une scie très fine; les mouvements observés dans l'articulation artificiellement produite disparurent sept ans après et une nouvelle ankylose se forma, mais la difformité du membre disparut complètement.

Quatre ans plus tard (24 novembre 1830) Rodgers (New-York) pratiqua la première ostéotomie cunéiforme du fémur pour une ankylose coxo-

fémorale et avec un succès semblable à celui obtenu par Rhéa Barton.

Maisonneuve, alors chirurgien de Bicêtre, appliqua en 1847 le procédé qui avait si bien réussi aux Américains. Il le fit pour un malade atteint d'une ankylose coxofémorale ayant entraîné une déformation telle que le genou était placé au niveau de l'épaule. Le mode opératoire fut le même que celui employé à Philadelphie et eut les mêmes conséquences ; au bout de deux mois le malade commençait à marcher sans bâton.

Mais ces résultats heureux n'obtinrent pas tout d'abord autant d'imitateurs qu'ils l'eussent mérité : c'était, en effet, l'époque où prévalaient les idées de Bonnet, de Dieffenbach et de Stromeyer. En 1856 pourtant Mayer présentait déjà une statistique de 20 ostéotomies orthopédiques avec 19 cas heureusement terminés et 1 décès.

Vers cette même époque, Langenbeck pratiqua l'ostéotomie du col du fémur par la méthode dite sous-cutanée. En 1854 encore, Brainard de Chicago perfore sous la peau le col avant de le fracturer ; mais les résultats qu'il obtint firent abandonner la méthode ainsi compliquée par lui.

Sayre, au contraire, en 1862, perfectionne utilement l'ostéotomie en creusant dans le fragment supérieur une cavité articulaire nouvelle

qui a pu servir à garder des mouvements articulaires très étendus.

En 1869, Adams étudie la section sous-cutanée du col et en opère plus de 22.

En 1874, Volkmann reprend et précise le mode opératoire de Gant, qui, le premier à Royal Free Hospital, en 1872, pratique l'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne.

A cette époque rapprochée de nous, les chirurgiens ont à leur disposition dans les cas d'ankyloses coxofémorales trois grands modes d'intervention par l'ostéotomie :

L'ostéotomie linéaire du col ;

L'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne ;

L'ostéotomie cunéiforme.

Le 6 mars 1891, Hennequin et Terrier pratiquaient après l'avoir mûrement étudiée la première ostéotomie oblique sous-trochantérienne. Atteint 12 ans auparavant de coxalgie suppurée, leur malade a la jambe gauche plus courte que l'autre de 9 centim. $1/2$. L'opération suivie de l'application de l'appareil de Hennequin chargé progressivement jusqu'à 6 kilogs, se termine par le redressement du membre qui n'est plus raccourci que de 2 centimètres 8 mois après (29 nov. 1891). L'allongement du fémur a été de 2 centim. Des mouvements se produisent sans

craquements dans la néarthrose, et le malade marche avec ou sans canne ; le pied chaussé d'un soulier à semelle surelevée.

Le 8 août 1892, imitant cette première opération, M. le D^r Broca en pratique une semblable et pour une affection identique. Le raccourcissement du membre opéré atteignait 13 centim. Le 18 novembre, moins de quatre mois après l'opération, l'enfant marche et boîte peu. Le membre n'est plus raccourci que de deux centimètres ; et le fémur opéré n'est que d'un centimètre plus court que l'autre.

A la date du *8 avril 1894*, M. Redard et M. Hennequin pratiquent l'ostéotomie oblique chez un malade qu'une ankylose vicieuse coxalgique met dans l'impossibilité de remplir ses fonctions génitales. 19 mois après l'opération, les organes génitaux sont absolument dégagés ; le membre redressé et le raccourcissement qui était de 25 centimètres n'est plus que de 11 centimètres, l'intervention a fait gagner 14 centimètres. Le fémur a subi un allongement réel de 2 centim.

M. Jonnesco opère le 22 mars 1894 un homme atteint de fracture intracapsulaire du col fémoral vicieusement consolidée avec ankylose de la cuisse. Il obtient la réunion par 1^{re} intention de la plaie opératoire et plaçant le membre dans un appa-

reil plâtré avec extension continue pendant 40 jours obtient la rectification de l'attitude du membre en même temps qu'un léger allongement de 1/2 centimètre. Quatre mois plus tard, le malade marche sans aucun appui.

Enfin, le 21 janvier 1897, M. le professeur Berger pratique l'ostéotomie oblique chez un jeune homme de 18 ans, coxalgique depuis la première enfance. La cuisse opérée formait un angle de 50 degrés avec la verticale et le fémur est raccourci de 3 centimètres. Le membre est aujourd'hui remis en position à peu près normale ; le malade marche — ce qui ne lui était jamais arrivé — son fémur droit a subi un allongement réel de 1 centimètre 1/2.

Cette opération est, croyons-nous, la dernière de ce genre qui ait été pratiquée.

CHAPITRE II

DES CAS JUSTICIABLES DE L'OSTÉOTOMIE SOUS-TRO-
CHANTÉRIENNE OBLIQUE. — DE L'UTILITÉ DU
TRAITEMENT ET DE SON OPPORTUNITÉ.

De l'historique que nous venons de faire, il résulte que l'ostéotomie a été pratiquée pour corriger des attitudes vicieuses dues dans quatre cas à la coxalgie et dans un cas à un cal vicieux de fracture. Mais pour être les plus fréquentes ces deux causes de déformation du membre inférieur ne sont point les seules. Aussi avec la coxalgie, cause de raccourcissement et de déformation la plus habituelle, passerons-nous rapidement en vue les autres causes qui peuvent produire le même effet.

M. le D^r L. H. Petit dans un article paru en 1895, dans la *Gazette des Hôpitaux*, étudie les diverses situations vicieuses avec ankylose du membre inférieur ; celles qui doubles ont été appelées jambes en ciseaux par Goldie et Clément Lucas, jambes en X par M. Ollier.

On peut ramener ces attitudes à sept ou huit
S. 2

types dont quelques-uns ne sont que l'accentuation des autres, ou les mêmes types, mais bilatéraux. Les principaux sont : 1° *l'adduction avec ascension et rotation en dedans* ; le membre malade — quand la lésion est unilatérale — croise le membre sain en avant duquel il est passé. C'est l'attitude des vieilles coxalgies ; l'axe de la cuisse fait avec celui du bassin un angle de 45 à 90°.

Puis, *l'adduction avec ascension et rotation en dehors*.

Dans un cas de ce genre, le membre droit croisé sur le gauche au-dessus du genou formait un angle de 70° ; la flexion de la jambe sur la cuisse, devait amener le talon au niveau de l'épine iliaque antérieure gauche.

Presque tous ces cas de positions vicieuses de la cuisse s'accompagnent de genu valgum de compensation et celui-ci devient même gênant, après que l'intervention chirurgicale en a fait disparaître la cause. Il en est de même d'une scoliose, également d'origine compensatrice, et qui a parfois été signalée.

Ces divers types qui se ramènent le plus souvent aux deux que nous venons de signaler et presque toujours au premier d'entre eux, celui à flexion et rotation en-dedans, peuvent être con-

sécutifs à diverses affections. Sur une statistique de 29 cas, faite par le Dr L. H. Petit, 19 fois la coxalgie était la cause de l'attitude vicieuse; une fois l'ostéomyélite, une fois l'arthrite puerpérale; quatre fois la luxation congénitale; la luxation ancienne non réduite une fois (une fois aussi la rétraction musculaire des adducteurs, après atrophie des muscles fessiers, consécutive à des eschares étendues; et 2 fois, diverses paralysies ou atrophies musculaires).

Ces 3 derniers cas d'ailleurs sont justiciables d'autre traitement que l'ostéotomie. Et il n'est question dans ces cas, des attitudes vicieuses que l'on pourrait appeler attitudes vicieuses chroniques, celles consécutives à des maladies inflammatoires, à des paralysies, etc. Une seule avait suivi une luxation non réduite; il n'est question d'aucune survenue en suite de fracture.

Celles qui se produisaient selon ce dernier mode après un traumatisme de la cuisse mal soigné, ne sauraient être rangées suivant des types uniformes comme le sont à peu près par exemple, les attitudes qui succèdent à la coxalgie. Celles-ci, nous le verrons tout-à-l'heure, sont presque toujours les mêmes, parce que les causes qui les produisent ne varient guère. Les cals vicieux au contraire varieront avec le siège

de la fracture et surtout avec la position dans laquelle aura été maladroitement laissé le membre pendant sa consolidation. Le chirurgien dans ces cas devra se montrer opportuniste et modifier la direction du trait opératoire en se laissant guider par la nature du cal, son volume et surtout l'angle ou les angles que celui-ci imprime à l'axe du membre.

Les ankyloses après luxations varient suivant la variété de luxations, et la tête fémorale non réduite, peut s'immobiliser partout où le traumatisme a pu la loger. L'ankylose en haut et en arrière, sera donc incontestablement la plus fréquente (que la luxation d'ailleurs soit congénitale ou acquise). Les autres variétés n'ont été observées qu'exceptionnellement et les ankyloses de cuisse après luxation seront presque toujours en flexion sur le bassin, avec adduction et rotation en dedans.

Il n'en sera pas autrement pour l'attitude vicieuse consécutive à la coxalgie qui n'est, à vrai dire, que la consécration d'une luxation en haut et en arrière. Quatre sur cinq des ostéotomies sous-trochantériennes obliques faites, s'adressaient à des ankyloses de cette nature. La proportion dans la statistique de M. L. H. Petit, montre que sur 29 cuisses mal placées, 19 l'ont été

par la coxalgie. Cette proportion des deux tiers ne saurait être éloignée de la réalité ni varier beaucoup dans l'avenir à mesure que les interventions se multiplieront dans des cas semblables. Les causes de ce déplacement du fémur presque toujours les mêmes ont été bien analysées dans la thèse de Quettier, à Lille (1894). Nous ramènerons avec lui les causes du raccourcissement du membre inférieur et de sa déviation à trois :

1° L'atrophie du membre et l'arrêt du développement des os qui le constituent.

2° L'attitude vicieuse provoquée par la douleur et les contractures musculaires :

3° La luxation spontanée.

Ces diverses causes s'unissent, pour amener le membre dans la position où Hennequin et Terrier, Redard, Berger, Broca ont trouvé les cuisses de leurs malades avant de les opérer. Les résultats qu'ils ont obtenus, permettent d'engager les chirurgiens à faire comme eux. L'observation de Jonnesco, montre un parfait résultat obtenu dans une attitude vicieuse de la hanche, mais celle-ci non consécutive à la coxalgie ; nous généraliserons donc notre conseil : A toutes les ankyloses de la cuisse du type en flexion avec adduction et rotation en dedans, ou qui se

rapprochent de ce type, *quelle qu'en soit l'étiologie*, nous proposerons l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne. Exception faite des vices, de position par rétraction musculaire ou cicatricielle.

Pour les positions différentes du type ordinaire, mais avec ankyloses invétérées, ayant résisté à tout, l'ostéotomie donnera toujours ces bons résultats, son allongement surtout et la correction de l'attitude.

Au chirurgien de s'inspirer des circonstances, et de modifier selon sa propre initiative la ligne d'ostéotomie, l'obliquité de sa section. L'opération n'en restera pas moins très simple et sans doute très féconde.

Il ne faudrait pourtant pas oublier que ce traitement s'adresse aux vieilles lésions, et que ce serait une faute d'intervenir d'une façon sanglante, quand il est encore possible d'obtenir autrement un aussi bon résultat. Ainsi sur une jeune coxalgie, on essaierait le redressement méthodique de Redard, de Hoffa, par exemple, sans même songer à l'ostéotomie : celle-ci ne saurait être qu'une opération d'arrière-garde ; elle ne s'impose qu'au moment où les autres traitements ont échoués, ou s'ils n'ont pas été appliqués.

Les gênes fonctionnelles qu'occasionnent les attitudes vicieuses du membre inférieur sont assez importantes, pour que nous nous y arrêtions un instant.

Les observations jointes à ce travail, sont suffisamment explicites à ce sujet en ce qui les regarde ; nous n'y insisterons pas particulièrement ; mais envisagées en général, nous rattacherons ces gênes fonctionnelles à trois groupes ; celles qui nuisent à la *statique*, celles qui entravent la *marche* ; celles enfin des organes *génito-urinaires*.

Avec les difformités dont il vient d'être parlé, la station debout est à la rigueur possible, mais plus pénible dans l'ankylose unilatérale que dans l'ankylose bilatérale. Dans le premier cas, l'un des membres étant atteint d'un raccourcissement qui peut dépasser 20 centimètres, la station debout ne peut se faire que sur un pied, l'autre étant plus ou moins éloigné du sol ; lorsqu'elle se fait sur les deux pieds, le tronc bascule autour de la hanche saine, et s'incline fortement du côté malade ; dans le second, les deux membres étant raccourcis à peu près également, les deux pieds posent à terre ; mais, quand le tronc est penché en avant, comme dans un cas cité par Quénu, le corps ayant la forme d'un Z ne reposait que sur

les orteils : équilibre extrêmement instable.

La marche, elle aussi, offre les plus grandes difficultés, et ne s'effectue guère qu'à l'aide de béquilles ou de cannes. Dans des cas cités par Es-march, Lücke, le malade faisait exécuter au corps des mouvements de demi-rotation successifs et de sens inverse.

D'ailleurs, les malades ont une ingéniosité instinctive — et elle a souvent été remarquée — à trouver la position dans laquelle il leur est possible de marcher, ou plutôt de progresser malgré leurs cuisses ankylosées.

Quand on a affaire à une lésion double avec membres croisés, les frottements qui surviennent pendant la marche déterminent des écorchures, et ce ne sont pas les moindres ennuis dont se plaignent les malades.

Mais les fonctions dont la gêne est le plus pénible au malade, sont celles des organes génito-urinaires. On verra dans l'une des observations, que nous joignons à ce travail, que le malade, qui s'était tant bien que mal accommodé d'une station difficile, d'une marche disgracieuse et pénible, vient se faire opérer pour être à même de remplir ses devoirs conjugaux (Obs. de Redard).

Chez les petits enfants, on n'a qu'à se préoccuper

de la miction ; la cuisse droite appliquée contre le pubis cachait complètement la verge d'un petit garçon observé par M. Petit. Il fallait constamment dégager et attirer en avant cet organe. Chez les filles, la miction, non moins pénible, est en outre douloureuse, car l'urine baigne la face postérieure des cuisses ; de l'érythème survient et, malgré bien des soins de propreté, des excoriations qui rendent la vie pénible au malade, sans parler de l'odeur ammoniacale qui forcément se dégage autour d'eux.

Quant aux fonctions génitales, elles seraient assurément impossibles chez un malade comme l'était l'opéré de M. Redard ou l'enfant de M. Petit, dont il était question plus haut, devenu homme. Les femmes auraient bien, il est vrai, ce que Depaul et de Saint-Germain ont appelé la ressource *de l'aposteriori* ; mais encore ce ne serait que dans les cas d'ankylose unilatérale. Cette ressource peu consolante, elles ne l'auraient même pas si la lésion existait des deux côtés.

On conçoit que des femmes en telle situation sollicitent du médecin qu'il les débarrasse d'un empêchement interdisant le mariage. Verneuil, Tillaux, Depaul, ont eu à intervenir dans des cas semblables. Ils l'ont fait par les procédés qui étaient alors à leur disposition (redressement

forcé, etc.) ou se sont abstenus d'intervention.

Nous sommes convaincus que l'ostéotomie oblique, dès maintenant pourra être d'un bon secours en de pareils cas.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DES OSTÉOTOMIES OBLIQUES SOUS- TROCHANTÉRIENNES FAITES JUSQU'À CE JOUR, DONT UNE INÉDITE.

OBSERVATION I (MM. Terrier et Hennequin).

Le 7 février 1891, M. Terrier recevait dans son service un grand garçon de 18 ans, maigre, pâle, apathique. L'auscultation décelait à droite des frottements pleurétiques et quelques craquements. A 6 ans le malade eut les premiers symptômes d'une coxalgie du côté gauche. Des appareils contentifs furent plusieurs fois renouvelés dans le but de maintenir la cuisse dans la rectitude et d'empêcher la tête fémorale de trop quitter la cavité cotyloïde. Des abcès ossifluents se formèrent dans le voisinage de l'articulation et restèrent fistuleux longtemps.

Actuellement, 12 ans après, la maladie débutante des cicatrices et une fistule existent à la face externe du grand trochanter.

A l'âge de 14 ans, 8 ans après le début du mal, l'affection paraît se calmer, et le malade quitte les appareils. La marche devint possible mais pénible, défectueuse malgré des tuteurs et une chaussure orthopédique.

Examen du malade. — Dans le décubitus dorsal ce qui frappe d'abord c'est l'amaigrissement et l'attitude du membre inférieur gauche qui est raccourci, en rotation interne et en adduction. La rotule regarde en avant et en dedans; elle correspond à la partie supérieure du condyle interne du fémur droit. Le tibia a une rectitude anormale; le pied en extension conserve en partie l'attitude qu'il prenait dans la marche.

L'extrémité inférieure du fémur est déviée en dedans;

l'extrémité supérieure est portée en dehors et en haut. Tout le membre en même temps a subi un mouvement de rotation interne très accusé. La région fessière est aplatie ; la partie supérieure et médiane du triangle de Scarpa, accuse l'absence du plan osseux sous-jacent. Le grand trochanter forme une saillie notable dans la fosse iliaque externe. L'os iliaque de ce côté a subi un arrêt de développement.

Les mouvements se transmettent du fémur au bassin ; néanmoins, on peut prévoir que la soudure des deux os n'est pas absolument complète. La tête fémorale doit être atrophiée ; le genou en valgus peu accusé a quelques mouvements de latéralité ; mais ses fonctions sont intactes ainsi que celle du pied qui se tient habituellement en hyperextension. La longueur qui sépare l'interligne articulaire du genou du sommet du grand trochanter mesure 4 centim. de plus du côté sain que du côté malade. Mesuré de l'épine iliaque antérieur et supérieur à la malléole externe, le membre sain est plus long que l'autre de 9 centim. $1/3$.

De ces mensurations il résulte que sur les 9 centim. $1/3$ qui mesurent la différence de longueur des membres 4 cent. $1/2$ sont dûs à l'arrêt de développement des leviers du membre et 5 centim. $2/3$ à la luxation et à l'attitude vicieuse du fémur.

Examen dans la position debout. — Malgré une chaussure très surélevée (9 à 10 centim.) la marche est entièrement défectueuse. Le pied est en rotation interne, le genou en flexion en dedans (lorsque le membre supporte en partie le poids du corps) ; la rotule vient frotter le membre opposé au-dessus de son condyle interne. Le bassin est abaissé pour compenser la flexion du genou, le tronc incliné du côté opposé en donnant au corps une attitude excessivement disgracieuse.

Diagnostic. — Coxalgie suppurée du côté gauche actuellement arrêtée dans son évolution ; luxation spontanée de la tête fémorale plus ou moins altérée, dans la fosse iliaque externe avec laquelle elle a contracté des adhérences très intenses ; arrêt de développement de l'os iliaque, du fémur, des os de la jambe et du pied ; atrophie de tous les muscles du bassin, de la cuisse et de la jambe ; augmentation de volume du grand trochanter ; genou en valgus très accusé.

Opération. — Après avoir aseptisé le membre et anesthésié le malade, M. Terrier pratique une incision oblique de 15 cent. d'étendue, à partir du milieu de la face antérieure du grand trochanter, sur la face antérieure du fémur dévié. Il incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose et quelques fibres musculaires jusqu'au périoste. Celui-ci mis à nu fut incisé obliquement de la face externe du grand trochanter à la face interne du fémur sur une longueur de 12 cent. Les lèvres de l'incision ayant été décollées, la face antérieure du fémur fut attaqué par l'ostéotome qui frappé à petits coups de maillet sectionne facilement le fémur. On imprima ensuite à l'aide de la jambe fléchie à angle droit des mouvements de rotation au fragment inférieur afin de rompre les adhérences fibro-musculaires qui l'unissait en arrière au supérieur. Alors on put corriger simultanément la rotation interne et l'adduction du membre.

Le tissu cicatriciel qui recouvrait la face externe du grand trochanter fut excisé et la perte de substance comblée par le rapprochement de la peau saine qui la circonscrivait.

Hémostase définitive par ligature des vaisseaux; antiseptisme de la plaie, suture des muscles et aponévroses. (Un drain en caoutchouc fut placé à l'angle inférieur de la plaie). Pansement au salol, comprenant la moitié supérieure du membre et le bassin.

Sur le pied, la jambe et le quart de la cuisse fut alors enroulé régulièrement une couche d'ouate comprimée par des bandes de toile.

Sur cet appareil ouaté compressif fut placée une serviette disposée en 8 de chiffre dont l'anneau supérieur entourait le quart supérieur de la cuisse et l'inférieur l'extrémité supérieure et postérieure de la jambe. Les deux chefs furent noués ensemble à l'union du tiers supérieur et moyen du tibia.

La cuisse est placée ensuite dans un appareil d'Hennequin.

On reporte ensuite le malade dans son lit, dont le matelas avait été préalablement évidé sur le bord correspondant au membre opéré.

A l'anneau inférieur du lac extenseur fut attaché une cor-

delette supportant un poids de 3 kil. Le membre est maintenu en adduction modérée, en rotation externe un peu exagérée et la jambe fléchie à 40°.

Le lendemain 7 mars, suintement séro-sanguinolent. Le malade à peu souffert ; température 37°8. Le pansement est renouvelé.

Le 13. La température est normale. La traction est portée à 4 kil. Le membre est en bonne position.

Le 17. Nouveau pansement ; pas de pus, traction 5 kil.

Le 20. Un peu de pus dans le trajet du drain. Température 37°7. Nouveau pansement, après antisepsie ; traction 5 kil. 1/2.

Le 20 avril. Même état. Traction 6 kil.

Le 7 mai. Suppression du pansement. Réunion complète de la plaie. Traction 5 kil. 1/2.

Le 1^{er} juin. Ulcération superficielle au niveau de l'ouverture du drain. Pansement. Traction 5 kil. Amélioration sensible de l'état général. Le malade engraisse.

Le 21. L'appareil est enlevé ; le membre est laissé en liberté, la jambe fléchie à 40°. — Le membre étant en complète liberté on peut constater la modification que l'opération et l'extension lui ont fait subir.

Il paraît allongé dans une proportion notable. L'adduction et la rotation interne sont absolument corrigées. La cuisse a une direction tout à fait normale.

Le 26 juin. Le malade se lève, s'assoie sur une chaise dans une position tout à fait normale ; le tronc fait un angle droit avec les cuisses, les jambes sont fléchies.

Le 6 juillet. Le malade marche avec des béquilles.

Le 2 août. La mensuration bien faite montre que la différence réelle entre les membres est de 4 cent. 1/2. Ce qui le prouve c'est qu'il suffit, le malade étant debout et bien droit de placer sous le membre opéré une pile de livres de 4 cent. 1/2 d'épaisseur pour amener les deux épines iliaques antérieures sur une ligne horizontale perpendiculaire à l'axe du corps.

La différence de longueur entre les deux membres avant l'opération étant de 9 cent. 1/3 l'opération a fait gagner près de 5 cent.

Les 9 cent. 1/3 du raccourcissement primitif étaient dûs

à la *luxation*, à l'attitude vicieuse du membre et à l'arrêt de développement du squelette.

L'attitude vicieuse ayant seule été corrigée par l'ostéotomie, les 4 cent. 1/2 de raccourcissement viennent de luxation qui existe toujours et de l'arrêt de développement du squelette corrigé en partie à la cuisse par l'extension.

Une ostéotomie transversale n'aurait pu faire disparaître que le raccourcissement dû à l'attitude vicieuse si toutefois pendant le traitement le fémur n'avait pas diminué par chevauchement ou déviation vicieuse des fragments.

Etat actuel (29 novembre 1891). Le malade marche actuellement avec ou sans canne; sa chaussure nouvelle étant surelevée de 4 cent.

La plante du pied porte sur le sol par toute son étendue; la flexion de la cuisse dépasse sans difficulté l'angle droit. Les mouvements de rotation interne et externe sont aussi étendus que du côté sain. La néarthrose fonctionne sans douleur et sans craquement. Les articulations du genou ont une entière liberté de mouvements.

Une nouvelle mensuration pratiquée le 29 novembre nous a permis de constater que le membre malade n'a plus que 2 cent. de moins que l'autre du sommet du grand trochanter à l'interligne articulaire du genou.

Cette différence avant l'opération étant de 4 cent. l'extension a donc allongé le fémur de 2 cent.

L'atrophie qui a diminué est cependant encore notable. L'augmentation de volume du grand trochanter a disparu.

OBSERVATION II

Ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour ankylose de la hanche en position vicieuse, par M. BROCA.— Observation recueillie par M. Sainton, interne.

Guil... (Félix), est né le 9 juillet 1878. Il raconte qu'il a commencé à souffrir de la hanche à l'âge de 4 ans 1/2, il y a neuf ans, par conséquent, à la suite d'une chute, prétend-il. Il dit avoir été soigné dans un hôpital de Paris, mais il est impossible d'avoir des renseignements précis sur son traite-

ment, l'enfant se souvient seulement qu'on lui a fait deux opérations. Les premiers renseignements fournis par le livret datent d'août 1889. A cette époque, le raccourcissement aurait été de 20 centimètres environ. Au mois de novembre de la même année, il s'est formé, dans l'aîne, un abcès qui a très longtemps suppuré.

Actuellement, le membre gauche présente un raccourcissement considérable, 0,13 de moins que le membre. La flexion est très prononcée : pour détruire l'ensellure, il faut placer la cuisse à angle droit sur le bassin. L'adduction est également très marquée ; la ligne passant par l'axe médian du corps tombe en dehors du genou gauche. Le grand trochanter fait une saillie très volumineuse. Autour de la jointure existent plusieurs cicatrices. Une d'entre elles, linéaire, verticale, longue de 13 cent. occupe la région externe de la cuisse ; un peu en arrière de celle-ci, il y en a deux autres, l'une profonde sous et derrière le grand trochanter, l'autre plus superficielle à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse. A la partie supéro-interne de la fesse, il y a une cicatrice et un peu en dehors d'elle un pertuis fistuleux. Cette fistule donne très peu de pus et elle ne conduit le stylet dans aucun diverticule, dans aucun clapier ; le stylet n'arrive pas sur l'os.

Lorsque le malade est examiné debout, on voit la hanche gauche fortement portée en haut, en arrière et en dehors. La région lombaire présente une ensellure considérable et néanmoins quand la jambe droite est dans la rectitude, le pied reste à 13 centimètres au-dessus du sol. Il est dès lors inutile de dire à quelle intensité atteignait la claudication.

La région articulaire n'est ni douloureuse, ni emportée, et sauf la fistulette supérieure il n'y a plus de suppuration ; l'état général est excellent ; il n'y avait donc aucune contre-indication à l'ostéotomie.

Le 8 août, l'enfant est endormi. Je vérifie bien que la hanche est tout à fait immobile et j'opère. Incision longitudinale de 10 centimètres au-dessous du grand trochanter de la peau, du triceps, du périoste, décollement du périoste. Avec un ciseau, plat assez large et un petit maillet en plomb, je sectionne le fémur très obliquement en dehors au-dessous

du grand trochanter pour aboutir en dedans à environ 10 centimètres plus bas. Il en est résulté lorsque la section a été presque achevée, un éclatement longitudinal du fragment inférieur et j'ai terminé par un coup transversal. La cuisse pût alors être placée dans la rectitude parfaite et je constatai que les fragments osseux restaient en contact. La pointe du fragment supérieur faisait une saillie notable sous la peau au-dessous du pli de l'aîne. La plaie fut suturée, après avoir été touchée, au sublimé à 1/1000 et un drain fut mis dans l'angle inférieur. Après l'application d'un pansement à la gaze iodoformée, l'enfant fut installé dans son lit avec l'appareil à extension continue de Hennequin disposé de façon à imprimer au membre une notable rotation en dehors.

Le 9, le pansement traversé par du sang est renouvelé. Le soir, température : 37°9, mais, le lendemain, la température est, matin et soir, de 37°; le 11, 37°2; le matin, le pansement est encore renouvelé parce qu'il a encore traversé par du suintement sanguin. État local et général excellent.

Le 12 août, la température était, le matin, de 37°2; le soir, elle s'éleva à 38° et le 13 août, je refis le pansement quoiqu'elle fut retombée à 37°1. Il y avait un peu de suintement sanguin, mais peu. Aucune réaction locale, suture en parfait état, pas de trace de pus.

Le 14 au matin, je trouvais mon opéré apyrétique 37°2, mais pourvu d'un pansement très défectueux, et j'appris que quelques heures auparavant, il avait tout défait; il reconnaissait cependant ne souffrir aucunement lorsqu'il était immobile, mais il était très indiscipliné et remuait constamment dans son lit. J'appliquai un pansement régulier après constatation d'un état local excellent; il n'y avait de douleur à la pression que sur la pointe saillante à l'aîne du fragment supérieur; ablation des crins de Florence. Le soir, la température fut de 37°6; de même le lendemain matin 15 août. Le 15 au soir, elle s'éleva à 38°6, y resta le 16 au matin pour monter le soir à 39°5; le 17 au matin, elle était retombée à 37° mais au pansement, je trouvai un peu de pus à l'orifice du drain. La suture avait d'ailleurs fort bien tenu. Si l'on examine attentivement l'évolution des accidents on est fort porté à croire qu'il y a eu infection secondaire au moment où

l'enfant indocile a défait son pansement, refait rudimentairement par une infirmière; c'est, en effet, trente-six heures après que la température a commencé à monter. Ce qui empêche d'être affirmatif, c'est l'élévation thermique légère (37°9 et 38°) les deuxième et cinquième jours.

Quoi qu'il en soit cette infection fut localement bénigne et se borna à la suppuration de l'hématome qui remplissait le foyer opératoire. Il n'y eut aucun retentissement osseux et le pus s'évacua par l'orifice du drain sans qu'il fut nécessaire de faire une incision. En effet, la température normale le matin, monta encore à 38°5, puis à 39°7 le soir des 18 et 19 août, puis à partir de ce moment elle tomba entre 37° et 38°, ne dépassant qu'exceptionnellement 37°5. Le 24 août, l'état local était décidément bon, malgré ces pansements répétés et malgré l'indocilité de l'enfant, tempérée d'abord par une camisole de force sitôt qu'elle devenait exagérée. L'attitude restait bonne, la région opérée était peu douloureuse.

Les choses restèrent en l'état pendant les jours suivants. Le 11 septembre, il existait encore un peu de gonflement douloureux distinct de la saillie du fragment supérieur en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Par pression sur cette région, on faisait sourdre un peu de pus par la fistule, mais une ouverture semblait inutile. L'os à ce moment paraissait solide et M. Kirmisson qui avait repris son service, fit retirer l'appareil à extension. La position était bonne.

La fistule donna encore, pendant quelques temps, quelques gouttes de pus. Le 2 novembre, la cicatrisation était complète et on commanda une chaussure à semelle élevée.

Le 18 novembre, l'enfant marche avec sa chaussure sans canne ni béquille. Il boite peu. L'ensellure a presque complètement disparu, le membre est dans la rectitude presque parfaite et surtout il n'y a plus trace d'adduction; la pointe du pied regarde légèrement *en dehors*. L'angle du fémur avec le bassin, le dos reposant absolument à plat est de 150°, l'ankylose du fémur avec le bassin est complète; le fragment supérieur ne forme pas dans l'aine une saillie très volumineuse. La longueur des deux membres, mesurée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole interne

est : à droite 0,64 centimètres ; à gauche (côté opéré) 0,62 centimètres. Il reste donc au total, et le membre étant en bonne position, deux centimètres de raccourcissement, et si on mesure chaque segment osseux spécialement on constate que ce raccourcissement tient avant tout au défaut de longueur du fémur et du tibia, qui mesurés du trochanter à l'interligne du genou et de cet interligne à la pointe malléolaire externe sont : fémur, 0,31 et 0,32 ; tibia, 0,27 et 0,28.

OBSERVATION III (MM. Redard, Hennequin).

Ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche à la suite de coxalgie ancienne. Flexion à angle de 45°. Adduction, rotation interne et raccourcissement très prononcés du membre inférieur gauche. Ostéotomie oblique intertrochantérienne. Correction de la flexion, de l'adduction et de la rotation interne. Diminution très notable du raccourcissement. Guérison.

M. B..., âgé de 25 ans, a souffert pendant son enfance, à l'âge de 8 ans, d'une coxalgie gauche non suppurée, traitée pendant un an par une immobilisation imparfaite dans une gouttière. Graduellement, se produisirent une adduction avec rotation interne, une flexion et un raccourcissement considérable du membre inférieur gauche.

Cet état était stationnaire depuis plusieurs années, la marche devenant de plus en plus difficile et ne pouvant se faire qu'à l'aide d'une chaussure à semelle très surélevée.

M. B..., désirant se marier, vient nous consulter pour savoir si une opération ne permettrait pas de dégager ses organes génitaux absolument cachés par la cuisse en adduction, en flexion et en rotation interne. Jugeant qu'une ostéotomie oblique intertrochantérienne permettait à la fois de corriger l'attitude vicieuse du membre et de diminuer le raccourcissement, nous prions le docteur Hennequin d'examiner le malade en consultation avec nous. Notre collègue partage absolument notre avis et veut bien nous assister dans notre opération.

Actuellement le sujet est dans un état de santé très satis-

faisant, ne présentant aucun signe de lésion tuberculeuse en voie d'évolution.

Examen du malade. — Dans la position *debout et de face*, la jambe et la cuisse gauche, en adduction et en rotation interne très prononcés, croisent le membre inférieur droit. Le pli inguinal, très enfoncé à gauche, presque verticalement élevé de haut en bas et de dehors en dedans, presque horizontal à droite. La ligne blanche est très oblique en bas et à droite. Tout le membre est assez notablement atrophié.

De profil, le membre est en flexion prononcée sur la cuisse à angle de 45°. Il existe une forte ensellure lombaire. La fesse est saillante, légèrement arrondie. Le grand trochanter est très apparent et volumineux, se porte en avant du côté de la fosse iliaque interne.

Le talon, en corrigeant autant que possible l'ensellure lombaire, est éloigné du sol de 25 centimètres et la pointe du pied de 23 centimètres. Malgré une chaussure surélevée de 25 centimètres, la marche est pénible, fatigante. Pendant la marche, le pied gauche exécute un fort mouvement de rotation interne. Le genou vient frotter la cuisse du côté opposé au-dessus de son condyle interne.

Vu de dos, le sujet présente une lordose considérable avec scoliose à convexité dorso-lombaire droite et légère courbure de compensation cervicale. La fesse paraît aplatie, élargie. Le grand trochanter est très saillant.

Couché sur le dos, le malade ne peut étendre sa jambe gauche. L'extrémité supérieure du fémur est déviée en dehors et en haut, tandis que son extrémité inférieure est portée en dedans. Tout le membre a subi un mouvement de rotation interne très marqué.

Le grand trochanter volumineux est saillant, est porté en dehors, en haut et un peu en avant, manifestement luxé dans la fosse iliaque externe.

Les mouvements imprimés au fémur se transmettent au bassin. On peut cependant obtenir quelques mouvements très limités de flexion dans la néarthrose coxo-fémorale, ce qui indique que l'ankylose est fibreuse et très serrée. Les mouvements de rotation et d'adduction sont absolument impossibles.

Mensuration :

	MEMBRE MALADE centim.	MEMBRE SAIN centim.	DIFFÉRENCE centim.
Du sommet du grand trochanter à l'interligne articulaire du genou.	46	49	3
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la plante du pied....	82	100	19
De l'interligne articulaire du genou, au sommet de la malléole externe.....	37 1/2	40	3 1/2
Dupli interfessier à la face externe du grand trochanter.....	7	8	1

Quelques-unes de ces mensurations indiquent que la luxation fémorale et l'arrêt de développement des os, principalement du fémur, entrent pour une large part dans la production du raccourcissement du membre inférieur gauche.

OPÉRATION, le 8 avril 1894. — Incision verticale externe de 10 centimètres en avant du grand trochanter, de la peau, du triceps. Le périoste est incisé obliquement de la face externe du grand trochanter à la face interne du fémur, sur une longueur de 12 centimètres et décollé à la rugine en dedans et en dehors. L'ostéotome n° 2 d'Hennequin, incliné en dehors à 40° environ sur le plan antéro-postérieur de la cuisse, est placé immédiatement au-dessous du sommet du grand trochanter et se dirige obliquement en dedans de façon à laisser le petit trochanter adhérent au fragment supérieur. A l'aide d'un maillet en bois, on sectionne le fémur à petits coups, très obliquement de haut en bas et de dehors en dedans; la ligne de section osseuse commençant en avant et en dehors du grand trochanter et venant aboutir à 12 centimètres plus bas.

L'os dur, doublé dans tous ses diamètres, avec des ostéophytes, est sectionné avec quelque difficulté.

Après division osseuse complète, la flexion, l'adduction et la rotation interne du membre sont absolument corrigées, sans qu'il soit nécessaire de pratiquer des sections musculaires ou tendineuses complémentaires. Le fragment inférieur est facilement mis en extension, en abduction et en rotation externe, restant en contact étendu avec le fragment supé-

rieur. En tirant fortement sur le membre inférieur gauche, on peut produire une diminution notable du raccourcissement, les deux fragments chevauchant mais restant en contact.

Après suture musculo-aponévrotique et de la peau, application d'un drain et pansement antiseptique, M. Hennequin dispose son appareil à extension continue, le membre en rotation en dehors et abduction forcée. Pour corriger le mouvement de flexion en avant de la cuisse sur le bassin, on dispose le matelas en double plan incliné dont le sommet correspond au sacrum, ce qui fait saillir en avant les branches horizontales du pubis, tout en portant la cuisse en arrière. Le mouvement d'adduction est corrigé par l'application de la traction au côté interne de la jambe. La traction primitive de 3 kilogr. est augmentée de 1 kilogr. jusqu'à 6 kilogr.

On ne note à aucun moment de la fièvre, la plaie est complètement fermée au 20^e jour. L'appareil à extension est enlevé au bout de cinq semaines.

La consolidation osseuse est obtenue à ce moment; il n'existe aucun signe de pseudarthrose, on pratique le massage; au troisième mois le malade marche facilement, sans béquilles et avec une chaussure à semelle peu élevée.

Le résultat obtenu par l'opération s'est maintenu jusqu'à ce jour dans toute son intégrité.

Actuellement, dix-neuf mois après l'opération, les organes génitaux sont absolument dégagés, l'adduction et la rotation interne sont totalement corrigées.

La cuisse gauche est dans la rectitude absolue, à peine fléchie sur le bassin. Le léger degré de flexion tient à l'insuffisance de la durée de l'extension continue, le malade par raison d'économie ayant quitté trop tôt la maison de santé où nous lui donnions nos soins.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont plus faciles, plus étendus.

Le raccourcissement total du membre qui, avant l'opération étaient de 25 centim., n'est plus que de 11 centim. L'intervention chirurgicale a donc fait gagner 14 centimètres.

Le sujet marche très facilement, faisant de très longues

courses sans fatigue, avec une chaussure dont la semelle est surélevée de 14 centimètres.

Les mensurations suivantes, comparées à celles obtenues avant l'opération, indiquent l'importance de la correction du raccourcissement obtenue et l'allongement donné par l'ostéotomie oblique dans le segment crural du membre.

Mensuration :

	MEMBRE MALADE centim.	MEMBRE SAIN centim.	DIFFÉRENCE centim.
Du sommet du grand trochanter à l'interligne articulaire du genou.	48	49	1
(La différence, avant l'opération, était de 3 centimètres).			
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe du pied....	88	100	12

En résumé, l'ostéotomie oblique a permis la correction des trois attitudes vicieuses du membre inférieur gauche. Elle a donné, malgré l'arrêt de développement, l'atrophie des os et la luxation iliaque, un allongement total du membre de 14 centimètres et un allongement réel du fémur de 2 centimètres.

OBSERVATION IV.

Fracture ancienne du col fémoral (intra-capsulaire). Consolidation vicieuse. — Ankylose de la hanche. — Ostéotomie oblique du fémur. — Guérison. (M. Jonnesco.)

Il s'agit d'un homme de 39 ans, qui au mois de novembre 1894, fut précipité avec sa voiture dans un fossé. Relevé sans connaissance et transporté chez lui, il garde le lit pendant deux mois. Douleurs dans la hanche gauche, impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. Au bout de ce temps, il quitte le lit, mais la marche est très difficile, même avec des béquilles. Le 20 mars il rentre dans ma clinique.

Examiné au lit, le membre inférieur droit est raccourci (3 centim. 1½); la cuisse est en flexion permanente sur le bassin; le grand trochanter proémine fortement et se trouve

à 4 cent. au-dessus de celui du côté opposé. L'articulation coxo-fémorale est immobile ; les mouvements provoqués se passent dans l'articulation sacro-vertébrale. Quand on met les deux cuisses parallèles, on constate une courbure dans laquelle le malade corrige la flexion permanente de la cuisse. Atrophie notable de la cuisse et de la fesse gauche. Examiné debout, le malade se tient fortement penché en avant, le pied gauche n'appuie sur le sol que par la pointe (Equinisme très prononcée. La marche est difficile. Me basant sur cet ensemble de signes, je portai le diagnostic de fracture intra-capsulaire du col fémoral vicieusement consolidée avec ankylose de la hanche.

Opération le 22 mars, sous le chloroforme ; ostéotomie oblique du fémur pour redresser le membre : incision verticale de 11 centim. à quatre travers de doigts au-dessous du grand trochanter sur la région latéro-externe de la cuisse ; je traverse l'aponévrose, le muscle vaste externe et arrive un peu au-dessous du petit trochanter. Je décolle circulairement le périoste sur une étendue de 3 à 4 centim. environ, puis je sectionne l'os obliquement de haut en bas et d'avant en arrière avec la gouge et le maillet et je redresse le membre. Suture de la plaie avec des points profonds au fil de soie et quelques points superficiels au crin de Florence.

Pas de lavage, pas de drainage, pansement sec compressif. Immobilisation dans un appareil plâtré avec extension continue. Les suites opératoires sont des plus simples. Le 7^e jour, j'enlève les points de suture à travers une fenêtre pratiquée dans l'appareil plâtré. Réunion par première intention de la plaie. Le 40^e jour, j'enlève l'appareil plâtré et l'extension continue ; la consolidation est complète, le cal inappréciable ; l'attitude du membre parfaite ; on commence le massage de la cuisse. Le 16 mai le malade quitte l'hôpital marchant très bien avec sa canne ; il applique toute la plante du pied sur le sol : le tronc est rectiligne ; le raccourcissement est de 3 centimètres. Examiné au lit, le parallélisme des deux membres peut être obtenue sans courbure lombaire.

Revu le 29 juin, le malade marche très facilement sans avoir besoin d'aucun appui, quoique boitant légèrement.

(*Congrès de Chirurgie, Paris 95.*)

OBSERVATION V.

Ostéotomie trochantérienne oblique pour une ankylose de la hanche consécutive à une coxalgie ancienne.

Par M. Paul Berger.

M. 18 ans, a été atteint de coxalgie à l'âge de 4 ans. Il a conservé une ankylose angulaire, le fémur faisant avec la verticale un angle de 50 degrés. — Il y a en outre une adduction prononcée du membre qui croise le membre opposé et un raccourcissement réel dû : 1^o) à la luxation spontanée du fémur, 2^o) à l'arrêt d'accroissement du membre qui se traduit par une infériorité de longueur de 3 centimètres pour le fémur droit, et de 2 1/2 centimètres, pour le tibia. Le malade marche avec une béquille et n'a jamais posé le pied par terre, ni dans la station ni dans la marche.

Le 21 janvier 1897, M. le professeur Berger, pratique l'ostéotomie oblique de la partie supérieure du fémur suivant un plan oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière ; La section part du sommet du grand trochanter pour aboutir au-dessous du petit trochanter. — Après l'opération, M. le Dr Hennequin applique son appareil à extension continue qui est laissé 60 jours. Guérison par première intention.

L'opéré commence actuellement à marcher en se servant de son membre inférieur droit ce qui ne lui était jamais arrivé. Le fémur droit paraît avoir gagné un centimètre et demi de longueur réelle ; la rectitude du membre inférieur est presque complète.

(Cette observation sera prochainement publiée dans tous ses détails, dans la Revue d'Orthopédie.)

CHAPITRE IV

DES AVANTAGES DE L'OSTÉOTOMIE OBLIQUE. — DES OBJECTIONS FAITES A LA MÉTHODE ET LEUR RÉ- FUTATION.

Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de faire une étude comparative de l'opération que nous étudions, et de tous les autres procédés chirurgicaux utilisés dans le même cas ; cela a été fait déjà et bien étudié, notamment dans une thèse soutenue cette année même, à cette Faculté, par notre ami, le Dr Kreis : Des différents traitements de la coxalgie ancienne.

Mais nous résumerons les avantages de l'ostéotomie oblique. Elle possède tous ceux des autres modes d'ostéotomie ; elle en a qui lui sont particuliers.

Comme les autres procédés, elle permet le redressement du membre et sa mise en bonne place, comme eux aussi elle procure de l'allongement au membre en le redressant d'avant en arrière d'abord, de dedans en dehors ensuite.

En outre, et cela est spécial au procédé oblique, le glissement du fragment inférieur sur le fragment supérieur donne au fémur un allongement

réel qui a varié de 1 à 3 centimètres, selon les cas.

En outre, le contact des fragments est mieux assuré que dans toute autre ostéotomie.

Nous allons y revenir en répondant aux objections qui ont été faites à la méthode.

Nous jugeons à peine utile de faire observer à ceux qui préféreraient une intervention non sanglante, ce que nous écrivions déjà au II^e chapitre de ce travail : l'ostéotomie s'applique aux cas invétérés d'ankylose chez lesquels l'articulation ne peut par aucun moyen recouvrer sa mobilité perdue. D'ailleurs, ainsi que l'indiquent les observations que nous avons citées, et que le recommande le mode opératoire que nous détaillerons, l'ostéotomie oblique est avant tout une opération simple, elle n'expose aucun organe important et le traumatisme qu'elle occasionne n'atteint pour ainsi dire qu'un organe, l'os. Et M. Ollier n'a-t-il pas dit que les opérations osseuses étaient les moins dangereuses de toutes.

La désarticulation de la hanche luxée, la rupture des adhérences de la tête fémorale, l'ostéotomie du col, au contraire, atteignent une région autrement délicate ; toutes ne respectent pas la capsule articulaire qui reste absolument intacte dans l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

D'ailleurs, la statistique de M. le Dr Campenon donnait une mortalité minime dans les cas d'ostéotomie linéaire, celle qui ressemble le plus à celle que nous étudions : 1 décès sur 22 opérés ; et nous étions loin de l'intransigeance antiseptique de nos chirurgiens d'aujourd'hui, qui, eux, n'auraient assurément qu'un décès par exception, s'ils en avaient.

Les chances d'infection ne seront même guère augmentées par la présence dans la plaie opératoire d'esquilles osseuses, si toutes les précautions ont été prises par ailleurs. Les autres modes d'ostéotomie n'en sont eux-mêmes pas dépourvus. Et le ciseau bien manié n'en saurait guère produire qu'un bon lavage n'enlève.

On a reproché à l'ostéotomie oblique de laisser après l'abaissement du membre opéré et la correction de sa situation, une pointe saillante qui flotte au milieu des masses musculaires, la pointe en sifflet du fragment supérieur. Si l'opérateur a soin de ménager à son incision une bonne obliquité, pour assurer le mieux possible le contact des fragments, cette saillie ne saurait jamais être bien considérable ; elle ne le sera jamais plus dans tous les cas, que dans les fractures de cuisses ordinaires, ces ostéotomies accidentelles souvent obliques ; elle ne le sera jamais assez

pour léser un organe important; il n'en est pas au voisinage; ni meurtrir la peau, suffisamment garantie par les couches sous-jacentes.

Enfin, l'on a craint qu'une ostéotomie oblique, s'étendant obliquement d'un trochanter à l'autre, n'occasionne une hémorrhagie redoutable. De vaisseaux un peu importants dans la région, il n'est que la circonflexe antérieure, bien visible sur la planche que nous avons dessinée sur le cadavre, et à l'occasion bien facile à pincer. Reste la possibilité d'une hémorrhagie en nappe au niveau du tissu spongieux mis à découvert. Aucun des chirurgiens ayant pratiqué jusqu'ici des ostéotomies obliques, n'a eu d'accidents de cette cause. Ils ont eu, il est vrai, Broca en particulier, à changer leurs pansements, traversés par un écoulement séro-sanguin, mais sans autre désagrément qu'un redoublement de précautions antiseptiques. C'est même là qu'il importe de signaler la possibilité d'une complication, légère d'ailleurs, qui survint chez l'opéré de Broca. On peut lire dans son observation, que nous avons reproduite, que le malade, fort indocile, infecta lui-même sa plaie en y portant les mains et se donna de la fièvre. Pareille chose ne fut pas grave et n'est même pas à redouter chez un malade bien opéré et surtout bien surveillé.

De fait, les hémorrhagies osseuses sont importantes : elles ont obligé tous les chirurgiens à renouveler plusieurs fois leurs pansements et après quatre jours il y a eu encore suintement. Mais en chirurgie osseuse, il n'est pas de règle de voir succomber les malades à l'hémorrhagie, sauf s'il s'agit de malades débilités. Cette débilitation spéciale pourra, dans certains cas, être une contre-indication à l'ostéotomie oblique et faire préférer à celle-ci un procédé moins sanglant comme le serait, par exemple, l'ostéotomie linéaire transverse.

On a enfin reproché à l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne de mal assurer les contacts entre les fragments de l'os ; cette condition qui garantit la solidité de la réparation osseuse, le mode d'ostéotomie qui nous occupe la remplit mieux que tout autre, et en mettant le membre dans une meilleure situation pour l'avenir. En effet, l'ostéotomie linéaire ne laisse les fragments en contact que par une ligne, et même une portion de ligne circulaire, c'est-à-dire un point ou quelques points ; en outre, elle n'allonge guère le membre, et lui refuse ce qui lui est aussi nécessaire qu'une bonne position, une longueur plus grande.

Nous ne parlerons pas de l'ostéotomie cunéi-

forme de M. Le Dentu, qui procure, il est vrai, des contacts aussi parfaits qu'on peut les désirer, mais toujours aux dépens de la longueur du fémur que, non seulement elle ne respecte pas, mais diminue au contraire de la hauteur du coin osseux excisé.

La planche I que nous avons jointe à ces pages dira plus vite et mieux aux yeux ce que la plume n'explique pas sans peine à l'esprit.

Sur un même plan nous avons groupé et photographiés ensemble quatre fémurs *de même hauteur exactement*. L'un (A) est situé en flexion, adduction et rotation en dedans, c'est-à-dire qu'il répond au type classique de l'ankylose coxalgique la plus fréquente. Le second (B) en deux fragments a subi l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne; le fragment supérieur et fixé dans la même situation que l'épiphyse supérieur du fémur (A) supposé ankylosé, le fragment inférieur a été redressé selon deux directions de l'espace; de gauche à droite et d'avant en arrière, puis tourné de dedans en dehors; en un mot, ramené à la situation normale. Le fémur (C) n'est joint aux autres que pour servir d'étalon. Par rapport à lui, il saute aux yeux combien l'allongement du fémur opéré est plus considérable dans l'ostéotomie oblique que dans l'ostéotomie

linéaire; les corrections des divers éléments de l'attitude vicieuse (A) s'imposent à l'esprit et l'image ne donne guère l'impression que les points de contacts des segments soient aussi rares qu'on a voulu le dire.

En réalité, ils sont bien largement suffisants, surtout à la partie postérieure de la section, là où le fragment inférieur va s'envelopper sous le fragment supérieur.

Tout d'abord, nous avons bien cru, il est vrai, en étudiant expérimentalement diverses obliquités de section à la possibilité d'assurer aux fragments un contact par tous leurs points; mais les coupes que nous avons faites soit sur des os, soit sur des cylindres quelconques, nous ont montré qu'une seule incision, faite suivant un plan unique ne saurait corriger à la fois que deux des éléments de l'attitude vicieuse; le raccourcissement et la flexion, par exemple; pour obtenir en même temps l'adduction et la rotation en dehors, la coupe devrait suivre un second plan différent du premier (comme dans l'op. de Terrier), ou les fragments s'écartent légèrement l'un de l'autre. C'est ce que montre bien aussi notre figure. Le fémur opéré (B) laisse voir un écart cunéiforme entre ses deux fragments qui ont glissés l'un contre l'autre. Mais ceux-ci, ne l'oublions pas,

PLANCHE I

Remarque. — Les quatre fémurs groupés ci-dessous ont été choisis exactement de même longueur et les têtes placées sur une même ligne horizontale.

A

B

C

D



A. Fémur placé en *attitude vicieuse* (flexion sur le bassin, avec adduction et rotation en dedans).

B. Fémur ayant subi l'*ostéotomie trochantérienne oblique*. La tête et le col sont fixés exactement dans la position du col et de la tête du fémur A. Le reste de l'os a été remis en bonne position. L'allongement total obtenu vient : 1° de la correction de la flexion ; 2° de la correction de l'adduction ; 3° du glissement oblique du fragment inférieur le long du fragment supérieur. Tous deux restent en contact en arrière ; ce n'est qu'en avant qu'ils laissent entre eux un léger écart cunéiforme.

C. Fémur en *position normale* destiné à servir de terme de comparaison.

D. Fémur dont la tête et le col sont exactement placés comme dans A et B. L'*ostéotomie linéaire* a remis le corps de l'os en bonne position ; mais l'allongement de celui-ci est insignifiant et les points de contact des fragments à peu près nuls.

sont largement en contact en arrière, plus que ne le sont les fragments du fémur (D) et dans tous les cas, bien assez pour promettre une réparation prompte et un cal solide.

En résumé, nous croyons après avoir répondu à toutes les objections qui lui ont été faites pouvoir dire : l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne est une opération sans gravité : en elle-même et dans ses suites l'antisepsie doit la rendre telle.

Mieux que tous les autres modes d'ostéotomie, elle procure de l'allongement au membre, et permet la rectification de l'attitude, tout en laissant les fragments bien assez largement en contact pour assurer la réparation.

CHAPITRE V

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET MANUEL OPÉRATOIRE

Obligé par notre ami le D^r Marion, professeur d'anatomie à cette Faculté, nous avons pu disséquer avant d'entreprendre ce travail, la région anatomique qui y a trait. Nous avons aussi dessiné d'après nos préparations fraîches les éléments importants de cette région : ils sont reproduits au milieu de ces pages.

I. — *Description anatomo-topographique.*

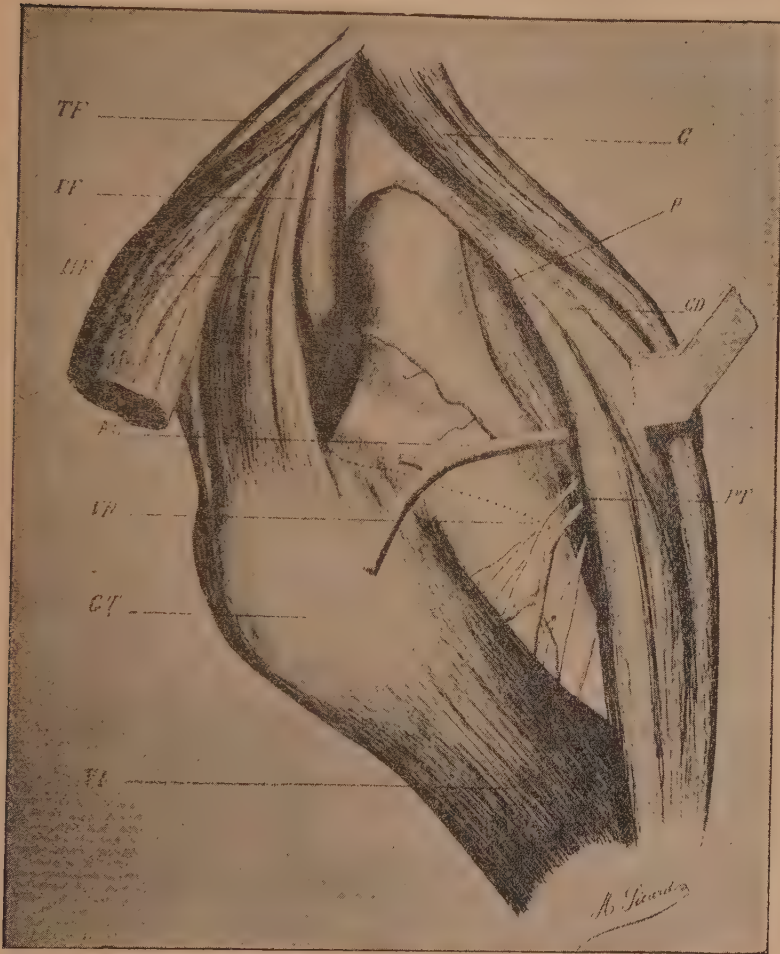
La région sur laquelle porte l'incision de l'ostéotomie oblique est située à la partie antérieure de la portion trochantérienne de la cuisse.

On y trouve successivement, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané divisé en deux couches, l'aponévrose fémorale embrassant dans deux dédoublements, le tenseur du fascia lata en dehors, le couturier en dedans. (Le muscle tenseur du fascia lata présentant de grandes différences de développement suivant les individus).

En haut les deux muscles sont accolés par leurs bords; en bas, ils sont séparés par un certain espace, l'un se dirigeant verticalement, l'autre un peu obliquement en dedans.

PLANCHE II

Anatomie topographique de la Région Trochantérienne (dessin d'après nature de la préparation anatomique fraîche)



TF. Tenseur du fascia lata.
PF. Petit fessier.
MF. Moyen fessier.
AC. Artère circonflexe antérieure.
VN. Vaisseaux et nerfs du vaste externe.
GT. Grand trochanter.

VI. Muscle vaste externe.
C. Couturier.
P. Psoas.
GD. Muscle droit antérieur.
PT. Petit trochanter.

Remarque:

Le pointillé indique la direction de la ligne intertrochantérienne. L'incision osseuse devra partir plus en dehors, intéressant, au besoin, quelques fibres du vaste externe, et se diriger plus obliquement en dedans et en bas.

Au-dessous de cette première couche musculo-aponévrotique se découvre la région intertrochantérienne antérieure, elle est limitée en dehors par les muscles moyen et petit fessiers, du même côté et plus bas par le vaste externe. En dedans se trouve le psoas très profondément situé et le droit antérieur, superficiel. L'espace compris entre ces limites est rempli d'un tissu cellulaire abondant, que coupe transversalement l'artère circonflexe antérieure et ses branches, obliquement en bas et en dehors, les vaisseaux et les nerfs du vaste externe. Le fond osseux de la région se trouve profondément situé; il est constitué par le col fémoral revêtu de sa capsule et dans la partie inférieure par l'extrémité tout à fait supérieure de la face antérieure du fémur. Entre les deux est la ligne intertrochantérienne. C'est au-dessous et en dehors de cette ligne que devra porter l'incision osseuse, c'est-à-dire en dehors des insertions capsulaires.

Si l'on énucléait après section la portion osseuse que nous venons de découvrir, on ne rencontrerait que le petit fessier et aucun organe important que puisse léser un ostéotome dans la profondeur. Les insertions postérieures de la capsule articulaire, par leur disposition plus élevée qu'en avant permettent même de faire l'ostéotomie oblique, non seulement en bas et en dedans,

mais encore de dehors en dedans et d'avant en arrière.

II. — *Manuel opératoire.*

Etant connue la région où l'on doit opérer, comment faudra-t-il l'aborder; et quelle marche suivre au cours de l'opération?

SOINS PRÉLIMINAIRES. — Ils seront ceux qui s'imposent à toute intervention chirurgicale; de l'antisepsie toujours et encore de l'antisepsie. Où l'absolu doit être, il ne saurait y avoir de mesure; mais si le chirurgien pouvait réserver des soins plus méticuleux à certaines opérations, l'ostéotomie oblique serait de celles-là. En raison de la profondeur de la plaie faite, de la large surface de tissu spongieux ouverte par l'ostéotome, les chances d'infection commandent de sévères lavages de toute la région, et la plus scrupuleuse asepsie de la part de l'opérateur, des aides et des instruments.

LIGNE D'INCISION. — On devra inciser la peau suivant une ligne verticale d'environ 12 centimètres de longueur passant à l'union des deux tiers internes et du tiers externe d'une autre ligne unissant la partie externe du grand trochanter à l'épine pubienne. Le milieu de cette incision devra se trouver un peu au-dessous du sommet du grand trochanter.

COUCHES A TRAVERSER. — L'opérateur incisera d'abord la peau, suivant la ligne qui vient d'être tracée; la couche de tissu cellulaire sous-cutané; immédiatement au-dessous, le feuillet de l'aponévrose fémorale, le long du bord interne du muscle tenseur du fascia lata; celui-ci sera récliné en dehors cependant que le couturier sera porté en dedans. Puis, le feuillet profond du tenseur du fascia lata étant ouvert, on réclinera sans les voir, à l'aide d'un écarteur Farabeuf, et en les ménageant le plus possible, les vaisseaux et les nerfs (V. N.) que l'on voit sur notre figure gagner obliquement le vaste externe. Restent à traverser les couches cellulaires immédiates à l'os et à sectionner — ou écarter si possible. — la circonflexe antérieure, le plus gros vaisseau de la région, qui croise transversalement la face antérieure de l'os.

L'incision ainsi conduite passe, en somme, au milieu de l'espace qui sépare le bord externe du psoas du bord interne du vaste externe.

OSTÉOTOMIE. — Arrivé à ce moment de l'opération, le chirurgien cherchera avec le doigt dans la partie inféro-interne du champ qu'il a découvert, le bord interne de l'os, et le long de lui le petit trochanter. D'autre part, en haut et en dehors, il vérifiera la situation du grand trochanter. Ce sont les deux *points de repère* qui devront

le guider jusqu'à la fin. A coups de bistouriseront sectionnés les tissus fibreux et le périoste, en suivant très exactement une ligne qui irait du sommet du grand trochanter aboutir au-dessous du petit trochanter.

(Une incision qui ne partirait pas bien exactement du sommet, mais quelque peu en dedans du grand trochanter, risquerait de blesser la capsule en arrière).

De la sorte, les masses musculaires seront respectées et conservant leurs insertions osseuses, elles se trouveront, après l'ostéotomie achevée, ainsi réparties : avec le fragment fémoral supérieur, tous les muscles pelvi-trochantériens (obturateur interne, deux jumeaux, carré crural, obturateur externe et psoas). Le pyramidal restant avec la masse des fessiers adhérent au fragment inférieur.

Quel *moyen de diérèse* faudrait-il employer ? Tandis que pour d'autres modes d'ostéotomie les chirurgiens ont tour à tour utilisé les divers instruments destinés aux sections osseuses, on a dû s'en tenir dans l'ostéotomie oblique à l'usage de l'ostéotome. Cet instrument seul peut aller dans la profondeur sectionner le fémur là où les scies les plus perfectionnées, comme aussi les plus compliquées (scies à chaînes, scies circulaires) ne sauraient aller l'atteindre. Chacun, d'ailleurs,

manie un peu le ciseau à sa façon ; tel l'enfoncera à l'aide d'un maillet de plomb, tel autre avec un marteau de bois lourd de gaïac. Mais on doit arriver assez facilement à se rendre bien maître d'un instrument qui peut paraître d'abord incertain et brutal.

Dans le but de l'employer à l'ostéctomie, M. le Dr Hennequin a fait subir une heureuse modification au ciseau généralement usité. Le tranchant, au lieu d'être perpendiculaire aux deux côtés de l'instrument, est incliné obliquement de l'un à l'autre — tel le couteau de guillotine — et le côté le plus court se prolonge par une pointe mousse jusqu'à égaler en longueur le côté opposé. C'est dans l'angle rentrant formé par cette pointe mousse et le tranchant du ciseau, que le chirurgien place l'os à sectionner avant de frapper le premier coup. La lame s'enfoncera obliquement, sa partie aiguë pénétrant la première, cependant que la pointe mousse empêche l'instrument de déraper et d'aller accidentellement atteindre les muscles, vaisseaux ou nerfs voisins.

Nous avons vu cet ostéotome de Hennequin, manié par notre maître M. le Professeur Berger, lorsqu'il pratiqua une ostéotomie oblique dans son service à la Pitié. A côté de ce premier instrument et les tranchants placés sur une même

ligne oblique, il en plaça deux autres, deux ciseaux droits ordinaires, à lames larges de 3 centimètres environ ; puis frappant à l'aide du maillet successivement sur chacun, il obtint la section de l'os. Les lames s'enfonçaient simultanément de quantités égales sur toute la longueur de section, pendant qu'un aide soutenant le membre, vérifiait à l'aide de légers mouvements si la mobilité complète n'était pas encore obtenue. On évitera sans doute ainsi de produire les éclatements osseux, les fissures dans la continuité de l'os ; et il s'en est produit plusieurs fois avec l'usage d'un ostéotome unique, déplacé le long de la ligne de section.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Quand l'os aura été sectionné dans toute son épaisseur et que la jambe aura recouvré une mobilité suffisante pour qu'il soit possible de la bien redresser, il faudra faire dans la plaie, un grand lavage antiseptique et bourrer le mieux possible la profondeur à l'aide de gaze iodoformée. Les sutures profondes et superficielles étant faites comme d'ordinaire, l'on terminera par un pansement ouaté, légèrement compressif, qu'il faudra renouveler tant que du sang le traversera ; et l'on sera en droit d'attendre la réunion par première intention.

On aura en même temps que pansé la plaie opératoire remis la cuisse en bonne position ;

c'est-à-dire ramené le fémur dans la rectitude d'avant en arrière, puis de dedans en dehors, corrigeant enfin la rotation. Ici interviendra le complément indispensable de l'opération : *l'extension continue* qui permettra au membre de garder la position que lui a procuré l'ostéotomie. L'appareil de Hennequin a fait ses preuves ; nous ne saurions en recommander un qui remplisse mieux toutes les indications, en particulier celle de maintenir la cuisse en bonne place et de favoriser le chevauchement des fragments et l'allongement de ce fait du fémur. On veillera à ce que la rectitude de la cuisse par rapport au bassin ne soit pas seulement apparente, ce qui peut se produire si l'on n'a soin de soutenir sur un plan résistant, le matelas où repose l'opéré et d'éviter ainsi l'enfoncement du siège et l'obliquité de la cuisse qui doit s'en suivre. L'appareil d'Hennequin demeurera en place une soixantaine de jours, c'est-à-dire jusqu'au moment de la consolidation probable du cal osseux. Le massage, l'électricité à courants interrompus, quelques mouvements de gymnastique sous l'extension (flexion, rotation) utilisés progressivement et prudemment termineront bien le traitement et seront d'un bon secours pour ramener au membre, la plus grande partie de son utilité depuis longtemps perdue.

CONCLUSIONS

I. L'ostéotomie oblique sous-trochantérienne est applicable au traitement des ankyloses de la cuisse qu'elle remet en bonne position.

II. Cette opération a été appliquée au traitement d'attitudes vicieuses consécutives pour la plupart à la *coxalgie*, et dans un cas au traitement d'un cal vicieux de fracture.

III. L'ostéotomie oblique pourrait être applicable aux ankyloses se rapprochant du type des ankyloses des anciennes *coxalgies*, c'est-à-dire en *flexion, adduction et rotation en dedans, quelle qu'en soit l'étiologie*, (sauf celles de causes musculaires ou cutanées justiciables d'autre traitement.)

IV. Les gênes fonctionnelles qu'elle supprime se rattachent à *la station, à la marche, à la miction*, aux actes de la *génération* (coït, accouchement).

V. Cette opération, les rares fois qu'elle a été pratiquée, a donné d'excellents résultats. Elle a rendu au membre opéré une position se rapprochant de la normale et un allongement du fémur, qui a atteint plus de 2 centimètres chez un des malades.

VI. L'ostéotomie ne présente aucun danger ; on doit la préférer à l'ostéotomie linéaire qui n'allonge pas le fémur et laisse les fragments très peu en contact ; à plus forte raison à l'ostéotomie cunéiforme qui raccourcit le fémur.

VII. L'anatomie topographique de la région trochantérienne montre qu'il ne s'y trouve pas d'organes très importants et conseille de suivre, en opérant, la marche que nous avons ébauchée plus haut.

Indépendamment de l'usage de l'appareil extenseur d'Hennequin — indispensable pour obtenir l'allongement avec la consolidation — on se trouvera bien de compléter le traitement par l'emploi du massage musculaire, de l'électricité à courants interrompus et de la gymnastique sous l'extension.

BIBLIOGRAPHIE

- DELABARRE. — Thèse de Lille, 1896. Ostéotomie sous-trochantérienne.
- AGUT. — Thèse de Paris, 1889. De l'ostéotomie linéaire.
- VINAVES. — Thèse de Paris, 1889. De l'ostéotomie dans les ankyloses vicieuses de la hanche.
- KREIS. — Thèse de Paris, 1897. Traitement des anciennes coxalgies.
- CAMPENON. — Thèse d'agrégation.
- BECKEL. — Paris. Baillière. 1880.
- JONNESCO. — Compte-rendus du congrès de Chirurgie. Paris, 1895 (Séance du 25 octobre soir).
- TERRIER ET HENNEQUIN., p. 23. — Revue d'orthopédie, 1892-93.
- BROCA, p. 40. — Revue d'orthopédie, 1892-93.
- HENNEQUIN ET REDARD. — Revue d'orthopédie, 1890, p. 90.
- PETIT. — Gazette des Hôpitaux, 1895, p. 185.
- DESCHAMPS. — Annales de la société belge de Chirurgie. Bruxelles, 1893, n° 6. Note sur l'ostéotomie.
- MOTTA. — Ostéotomie. Centralblatt für Chirurgie, oct. 1887.
- BELLAMY. — Osteotomy of Femur for ankylosis of the hip. Lancet, 23 août 1890.
- HEATH. — Rectangular ankylosis of hip-joint treated by opération. Lancet London, 1894, 863.
- BECKEL. — Ostéotomie et ostéoclasie. Gazette méd. de Strasbourg, 1^{er} octobre 1884.
- TRAITÉS CLASSIQUES DE CHIRURGIE ET D'ORTHOPÉDIE.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
PAUL BERGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

